DESCRIPCIÓN

Basándose en el Cornell Medical Index[1], el trabajo de Abrahamson et al.[2] y el de Veroff et al.[3], David Goldberg desarrolló, en 1972, el cuestionario GHQ (General Health Questionnaire), concebido como método de identificación de pacientes con trastornos psíquicos en el ámbito clínico de los no especialistas en psiquiátría.

En su formato original constaba de 93 items. A partir de él, se han ido generando versiones más cortas —GHQ-60, GHQ-30, GHQ-20, GHQ-12—. En 1979, Goldberg y Hillier diseñaron un nuevo modelo "escalado" de 28 items —GHQ-28— compuesto de cuatro subescalas. En los últimos años, el GHQ se ha confirmado como uno de los mejores instrumentos dentro de las técnicas de screening para estudios epidemiológicos psiquiátricos, de hecho sus diferentes modalidades han sido traducidas al menos a 36 idiomas y utilizadas en más de 50 estudios de validación.

En España, se han validado y utilizado diferentes versiones: la de 60 items — Muñoz et al., 1978— [4-5], la de 30 items —Lobo y Gimeno Aznar, 1981—[6], la de 12 items —Muñoz et al., 1995—.[7] Sin embargo, el más difundido en nuestro país ha sido el GHQ-28, adaptado y, validado por Lobo et al. en 1.985, es el que presentamos aquí.

El GHQ-28 es un cuestionario autoadministrado que consta de 28 items agrupados en cuatro subescalas de 7 items cada una: subescala A (síntomas somáticos), subescala B (ansiedad e insomnio), subescala C (disfuncion social) y subescala D (depresión grave). Cada pregunta tiene cuatro posibles respuestas, progresivamente peores. El paciente debe subrayar la respuesta elegida y es esencial que se limite a su situación en las últimas semanas no en el pasado.

Al ser un instrumento diseñado para su uso en las consultas médicas no psiquiátricas, su objetivo consiste en detectar cambios en la función normal del paciente, no en determinar los rasgos que lo acompañan a lo largo de su vida. Explora dos tipos de fenómenos: la incapacidad para funcionar, desde el punto de vista psíquico, a nivel "normal" y la aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico.

Para determinar la puntuación del GHQ se pueden utilizar 3 métodos alternativos:

"***Puntuación Likert***", que consiste en asignar valores de 0, 1, 2 y 3 a cada una de las cuatro posibles respuestas (a,b,c,d)

"***Puntuación GHQ***", su objetivo consiste en determinar el número de síntomas presente y asigna valores a las respuestas de 0, 0, 1, 1.

"***Puntuación CGHQ***" divide los items en dos apartados: los positivos —hacen referencia a la salud— (A1, C1, C3, C4, C5, C6 y C7) y los negativos —hacen referencia a la enfermedad— (el resto). Los positivos se puntúan 0, 0, 1, 1 y los negativos 0,1,1,1. La ventaja de este frente al anterior, consiste en evitar

pasar por alto los trastornos de larga duración , dado que en presencia de dicha situación, es probable, que los pacientes contesten “No más que lo habitual” y por tanto puntuarían 0 con el método GHQ.

INTERPRETACIÓN

Se trata de un cuestionario breve y de fácil ejecución. Tiene dos aplicaciones principales: estimar la prevalencia de la enfermedad psiquiátrica en una determinada población y captar casos de patología psiquiátrica en las consultas no especializadas. Como elemento de screening tiene ventajas sobre el SCL-90-R, pero como medida de diferentes perfiles psicopatológicos este último ha demostrado su superioridad.[8] Es un buen instrumento para ser utilizado en Atención Primaria.

Mientras los dos primeros métodos de puntuación ofrecen resultados similares en cuanto a sensibilidad, especificidad y tasa de mal clasificados, Goodchild y Duncan-Jones[9] confirman un incremento en la sensibilidad y especificidad de la puntuación CGHQ frente a la GHQ, datos que otros autores no han podido corroborar.[10]

La mayoría de las críticas sobre el GHQ han incidido sobre las limitaciones que impone el diseño del mismo.[11] Goldberg desarrolló el GHQ para monitorizar el cambio reciente que han experimentado los pacientes en su sintomatología, no para medir el nivel absoluto de la misma. Si una persona presenta un síntoma desde hace tiempo y este no se ha modificado durante las últimas semanas, su respuesta será “no más que lo habitual” y no identificará este como problemático. Este problema se puede obviar parcialmente utilizando la puntuación CGHQ para corregir el cuestionario.

El GHQ no sirve para establecer un diagnóstico clínico.

Las diferentes subescalas del GHQ-28 valoran sintomatología específica para cada uno de sus apartados pero no se corresponden con diagnósticos psiquiátricos, estas subescalas no son independientes entre sí. Aunque las subescalas B (ansiedad/insomnio) y D (depresión grave) se correlacionan bien con la valoración de los psiquiatras para ansiedad y depresión, esto no ocurre con la subescala A para síntomas somáticos.

Se ha demostrado en algunos estudios que pacientes con enfermedad somática grave puntúan alto en el GHQ, se ha sugerido que en este tipo de pacientes sería necesario elevar el umbral para mejorar la sensibilidad y especificidad.[12]

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Fiabilidad:

Los estudios internacionales de validación del GHQ-28 son numerosos y están hechos sobre diferentes grupos de pacientes.[10,12-19,33] En conjunto, los datos

disponibles han mostrado una elevada fiabilidad test-retest del GHQ-28 (r = 0.90).

Validez:

En los múltiples trabajos llevados a cabo en diferentes lugares del planeta, la sensibilidad del conjunto oscila entre 44% y 100% —mediana del 86%— y la especificidad entre el 74% y el 93% —mediana del 82%—.

En nuestro país, también se ha utilizado este instrumento psicométrico en numerosos estudios.[20-33]

En el trabajo de validación de Lobo et al. se aplicó el cuestionario a una muestra de 100 pacientes ambulatorios de las consultas de medicina interna. Los datos sobre validez predictiva obtenidos fueron: para un punto de corte de 5/6 (5 no caso /6 caso) obtienen una sensibilidad del 84.6%, una especificidad del 82%, un VPP del 75%, un VPN del 89.3% y un índice de mal clasificados del 17%; para un punto de corte de 6/7 una sensibilidad del 76.9%, especificidad del 90.2%, VPP del 83.3%, VPN del 85.9% e índice de mal clasificados del 15%. En el mismo estudio se ofrecen datos sobre la validez concurrente, tanto de la puntuación total como de las subescalas, frente al diagnóstico según criterios ICD-9, hecho por dos psiquiatras entranados en la administración de la CIS (Clinical Intrerview Schedule).

BIBLIOGRAFÍA

Original:

Goldberg DP. The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire. London. Oxford University Press. 1.972.

Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological Medicine 1979;9:139-145.

Validación:

Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. Psychological Medicine 1986;16:135-140.

Documentación:

Goldberg D, Williams P. Cuestionario de salud general GHQ. (General Health Questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones. Barcelona. Masson 1996.

McDowell I, Newell C. Measuring Health. A guide to rating scales and questionnaires. New York. Oxford University Press 1996.

Rush AJ, Pincus HA, First MB, Blacker D, Endicott J, Keith SJ, Phillips KA, Ryan ND, Smith GR, Tsuang MT, Widiger JA, Zarin DA (Task Force for the Handbook

Psychiatric Measures). Handbook of Psychiatric Measures. Washington DC, American Psychiatric Association, 2000.

Adicional:

1.- Brodman K, Erdman AJ, Lorge I, Wolf G, Broadbent TH. The Cornell Medical Index: an adjuntc to the medical interview. JAMA 1949;140:530-545.

2.- Abrahamson JH, Terespolsky Y, Brook JG, Clark SL. Cornell Medical Index as a health measure in epidemiological studies. British Journal of Preventive and Social Medicine 1965;19:103-110.

3.- Veroff J, Feld S, Gurin G. Dimensions of subjetive adjustment. Journal of Abnormal and Social Psychology 1962;64:192-199.

4.- Muñoz PE, Vázquez-Barquero JL, Pastrana E, Rodríguez F, Oneca C. Study of the validity of Goldberg´s 60 items in Spanish version. Social Psychiatry 1978;13:99-104.

5.- Muñoz PE, Vázquez-Barquero JL, Rodríguez F, Pastrana E, Varo J. Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de D.P. Goldberg. Archivos de Neurobiologia 1979;42:139-158.

6.- Lobo A, Gimeno Aznar JL. Estudio transcultural de los problemas psiquiátricos en pacientes oncológicos. Oncología 80 1981;136:25-30.

7.- Muñoz PE, Tejerina-Allen M, Cañas F. Estudio de validación predictiva del GHQ en población general urbana. Beca FIS 93/0905. Sin publicar.

8.- Koeter MWJ. Validity of the GHQ and SCL anxiety and depression scales: A comparative study. Journal of Affective Disorders 1992;24:271-280.

9.- Goodchild ME, Duncan-Jones P. Chronicity and the General Health Questionnaire. British Journal of Psychiatry 1985;146:55-61.

10.- Vázquez Barquero JL, Díez Manrique JF, Pena C, Quintanal RG, Labrador López M. Two stage design in a community survey. British Journal of Psychiatry 1986;149:88-97.

11.- Benjamin S, Decalmer P, Haran D. Community screening for mental illness: a validity study of the Geeneral Health Questionnaire. Br J Psychiatry 1982;140:174-180.

12.- Bridges KW, Goldberg DP. The validation of the GHQ-28 and the use of the M.M.S.E. in neurological in-patients. British Journal of Psychiatry 1986;148:548-553.

13.- Banks MH. Validation of the General Health Questionnaire in a young community sample. Psychological Medicine 1983;13:349-354.

14.- Goldberg DP, Bridges KW. Screening for psychiatric illness in general practice: the general practitioner versus the screening questionnaire. Journal of the Royal College of General Practitioners 1987;37:15-18.

15.- Gold I, Haughey L, Baraff LJ. Psychiatric screening in the emergency department: validation of the General Health Questionnaire. American Journal of Emergency Medicine 1985;3(5):419-422.

16.- Lindsay J. Validity of the General Health Questionnaire in detecting psychiatric disturbance in amputees. Journal of Psychosomatic Research 1986;30:277-281.

17.- Mann AH, Wakeling A, Wood K, Monck E, Dobbs R, Smuzkler G. Screening for abnormal eating attitudes and psychiatric morbidity in an unselected population of 15-year-old schoolgirls. Psychological Medicine 1983;13:573-580.

18.- Medina MoraME, Padilla GP, Campillo Serrano C, Mas CC, Ezban M, Caraveo J, Corona J. The factor structure of the GHQ: a scaledversion for a hospital´s general practice service in Mexico. Psychological Medicine 1983;13:355-362.

19.- Rabins PV, Brooks BR. Emotional disturbance in multiple sclerosis patients: validity of the General Health Questionnaire. Psychological Medicine 1981;11:425-427.

20.- Martínez Alvárez JM, Marijuán Arcocha L, Retolaza Balsategui A, Duque Valencia A, Cascán Martín JM. Estudio de morbilidad psiquiátrica en la población atendida en el centro de salud de Basauri. Atención Primaria 1993;11(3):127-132.

21.-Herran A, Vázquez Barquero JL, Artal J, García J, Iglesias C, Montejo J, Díez Manrique JF. El reconocimiento de la enfermedad mental en Atención Primaria y sus factores determinantes. Actas Esp Psiquiatr 1999;27(2):87-95.

22.- Chocrón L, Vilalta J, Legazpi I, Auquer K, Franch L. Prevalencia de psicopatologia en un centro de Atención Primaria. Atención Primaria 1995;16:586-593.

23.- Chocrón L, Vilalta J, Legazpi I, Auquer K, Franch L, Ramirez R. Diagnóstico de trastornos psiquiátricos por el médico de Atención Primaria. Atención Primaria 1996;18:22-26.

24.- Jiménez Cruzado L, González Botella A, Peñarroja Gozález D, Nolasco Bonmati A, Pérez Navarro I, De la Hoz Rosa J. Factores asociados con la prevalencia de morbilidad psiquiátrica en una zona de salud. Atención Primaria 1993;11(9):465-469.

25.- González Herrera A. Interacción psicosomática en la clínica de Atención Primaria. Tesis doctoral. Santiago de Compostela 1994.

26.- Pérez de Albéniz del Val C. Evaluación de salud general y calidad de vida en edades involutivas en Oviedo. Tesis doctoral. Oviedo 1998.

27.- Vicente Cascón I. Psicopatología: un análisis de la realidad canaria. Tesis doctoral. La laguna (Tenerife)1995.

28.- Rodríguez Suarez LF. Calidad de vida y salud en población involutiva, jubilada anticipadamente, de una subárea de salud. Tesis doctoral. Oviedo 1995.

29.- Olza Fernández I. Estudio de la satisfacción laboral y el síndrome de burnout entre los profesionales sanitarios de un hospital general. Tesis doctoral. Zaragoza 1998.

30.- Mora Cepeda P. Contribución al estudio de los trastornos psiquiátricos del climaterio. Tesis doctoral. Valladolid 1991.

31.- Ventura Pérez I. Valoración de lo psico-somático y social, como determinante de la salud en una población activa-laboral. Tesis doctoral. Autónoma de Madrid 1990.

32.- Lobo A, Pérez Echeverría MJ, Jiménez Aznarez A, Sancho MA, Emotional disturbances in endocrine patients. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ 28). Br J Psychiatry 1988;152:807-812.

33.- Lobo A, Ventura T, Marco C. Psychiatric morbidity among the residents in a home for the elderly in Spain: prevalence of the disorder and validity of screening instruments. International Journal of Geriatric Psychiatry 1990;5:83-91.